Auszug aus der Inauguraldissertation:

Über unzweckmäßige bezw. verunglückte operative geburtshilfliche Maßnahmen in der Praxis

von

Otto Grandjot, approb. Arzt aus Hofgeismar
(Bez. Cassel).

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Angenommen von der medizinischen Fakultät
Marburg am 1. Juli 1920.
Referent: Herr Professor Dr. Zangemeister.

Das starke Anwachsen der Zahl der Medizinstudierenden in den letzten Jahren vor und besonders nach dem Kriege ferner die durch die Zwischensemester abgekürzte Studienzeit bergen die große Gefahr in sich, daß die jungen Ärzte nicht mit derjenigen Ausbildung in die Praxis treten, welche für die Ausübung der Heilkunde verlangt werden muß. Auf keinem Gebiet der Medizin wird sich ein fehlerhaftes Verhalten so sehr rächen wie in der Geburtshilfe. Mehr wie in jedem anderen Spezialfach heißt es hier sofort ein richtiges Urteil der Sachlage zu gewinnen und dementsprechend zu handeln. Es besteht daher gerade jetzt die Gefahr, daß sich in der Geburtshilfe die Fälle häufen werden, in denen die Ausbildung den Anforderungen der Praxis nicht genügt. Die Schuld hieran liegt in dem Fehlen eines Zwanges im heutigen Unterrichtsplan sich längere Zeit praktisch möglichst selbständig mit der Geburtshilfe zu beschäftigen und sich die Fähigkeit einer exakten Indikationsstellung zu operativen Eingriffen während dieser Zeit anzueignen.

Will man die ärztliche Ausbildung verbessern, so muß man die Fehler suchen, die der Arzt in seiner praktischen Betätigung macht, denn sie sind letzten Endes die sicherste Probe darauf, ob seine Ausbildung zweckentsprechend war. Von dieser Erwägung ausgehend sind eine Reihe von Fällen ausgesucht und zusammengestellt, in denen sich ein unsachgemäßes Vorgehen bei geburtshilflichen Operationen nachweisen ließ.

Es ist selbstverständlich nicht unsere Aufgabe den Richter zu spielen, lediglich das Bestreben eine Besserung herbeizuführen ist der Zweck dieser Bearbeitung.

Es sind zunächst sieben Fälle von Abortbehandlung angeführt. Die unzweckmäßigen ärztlichen Maßnahmen sind in der Mehrzahl dieser Fälle dieselben. So spielt in fünf Fällen die Curette, das bei Abortausräumungen zwecklose wegen der Perforationsgefahr stets sehr gefährliche Instrument eine Rolle. In zweien dieser Fälle

wurde wegen Blutungen während der Gravidität eine Abrasio gemacht, das Ei aber jedesmal im Uterus zurückgelassen, im dritten kam es bei der Ausschabung zu einer Perforation der Gebärmutter mit nachfolgender Parametritis exsudativa. Im vierten Falle wurde eine Infektion durch die Abrasio hervorgerufen, der sich trotz dieser Infektion noch zwei weitere Ausschabungen anschlossen; die Folge war eine schwere Parametritis exsudativa, der die Wöchnerin erlag. Im letzten Falle machte der Arzt nach spontaner Ausstoßung der Frucht die Abrasio wegen Abgang von blutig schleimiger Flüssigkeit, ließ dadei aber den größten Teil der zurückgebliebenen Plazenta im Uterus zurück. In den übrigbleibenden zwei Fällen endlich wurde die Abortblutung lediglich durch Einlegen von Ringen behandelt.

An die Fälle von Abortbehandlung schließen sich Schilderungen von unzweckmäßigen resp. verunglückten Operationen während der Geburt. Den größten Teil von diesen nehmen die Forceps- und Wendungsversuche ein, bei denen die Operation draußen begonnen, aber weil sie nicht glückte, aufgegeben und die Kreißende unentbunden in das nächste Krankenhaus geschickt ist.

Es folgen zunächst 11 Fälle von Forcepsversuchen. Gibt man sich in jedem einzelnen von diesen Rechenschaft über das Mißlingen der Zange, so findet man, daß:

1. in 8 Fällen der Muttermund nicht völlig erweitert war,
2. in 6 Fällen, von denen 3 mit den unter 1) aufgeführten kombiniert waren, der Kopf mit seinem größten Umfang noch nicht den Beckeneingang passiert hatte,
3. es sich außerdem in 2 der bereits mitgeteilten Fälle um Stirneinstellungen gehandelt hat.

Daraus folgt, daß in 10 Fällen eine der beiden kardinalen Vorbedingungen, deren Erfüllung vor Anlegen des Forceps gefordert wird: Völlige Erweiterung des Muttermundes und Eintritt des Kopfes mit seinem größten Umfang ins Becken — nicht erfüllt war, und das es sich in 54,5 % der Fälle um einen hohen Forceps gehandelt hat.

Durch die mißlungenen Forcepsversuche ist die Mortalität und Morbidität der Wöchnerinnen ungünstig beeinflußt worden. Es ergibt sich hierbei:

eine Mortalität von 9,1 %,
eine Erkrankung an Parametritis exsudativa von 36,3 %,
eine Erkrankung an Endometritis puerperalis von 9,1 %,
Fieber im Wochenbett in 27,3 %.

Einen gleichen ungünstigen Einfluß haben die Zangenversuche auf das kindliche Leben ausgeübt, hier läßt sich eine Mortalität von 36,3 % feststellen.

An die Forcepsversuche schließt sich die Schilderung von 8 Wendungsversuchen an. Betrachtet man auch bei diesen wiederum die Gründe für das Mißlingen der Wendung, so ist es nicht immer möglich wie bei den Forcepsversuchen zu sagen: Aus diesem oder jenem Grunde ist die Wendung ohne Erfolg geblieben, da sich vor allem der Umdrehung Schwierigkeiten entgegenstellen. Mit Sicherheit läßt sich aber aus den mitgeteilten Geburtsberichten feststellen, daß die Wendungen mißlungen sind, weil:

sie 1) in 5 von 7 Fällen ohne Narkose vorgenommen wurden, und diese in einem weiteren Falle völlig ungenügend war,

2) in 2 Fällen, die schon unter 1) aufgeführt sind, außer dem Fehlen der Narkose das Fruchtwasser bereits 12 resp. 39 Stunden abgeflossen war, und die Früchte infolgedessen keine Beweglichkeit mehr hatten.

Auch die Wendungsversuche haben ebenso wie die Forcepsversuche ungünstig auf die Morbidität der Wöchnerinen eingewirkt, wenn auch nicht in dem Maße wie jene. Hier beträgt:

die Erkankung an Parametritis exsudativa 0 %,
die Erkrankung an Endometritis puerperalis 25 %,
Fieber im Wochenbett 50 %.

Die kindliche Mortalität beläuft sich auf 50 %.

Es folgen 5 weitere Fälle von unzweckmäßigen resp. verunglückten Operationen während der Geburt. Im ersten Falle hat der Arzt bei totem Kind die Wendung ohne Narkose gemacht und dabei eine Uterusruptur erzeugt, an deren Folgen die Wöchnerin zu Grunde gegangen ist. In Fall 2 mußte die Kreißende in der Eröffnungsperiode mitpressen und die Walcher'sche Hängelage einnehmen, obwohl ihre Beckenmaße normal waren. Im 3. Fall hat der Arzt ohne Indikation die Extraktion versucht und dabei einen Fuß abgerissen. Darauf hat er die Spontangeburt der Frucht abgewartet. Glücklicherweise ist eine Infektion, wie sie nach derartigen Operationsversuchen häufig ist, nicht eingetreten. Nicht so glücklich sind die beiden folgenden Fälle 4. und 5. verlaufen, die zeigen wie außerordentlich gefährlich es ist, Kreißende nach mißlungenen Operationsversuchen unentbunden liegen zu lassen oder sie einem längeren Transport auszusetzen. In Fall 4 hat der Arzt die Wendung und Extraktion gemacht dabei den nachfolgenden Kopf abgerissen und im Uterus zurückgelassen. Die Überweisung in die Klinik erfolgte erst am folgenden Tage. Hier ist die Wöchnerin an Sepsis ad exit umgekommen. Im letzten Falle endlich hat der Arzt zweimal die Wendung versucht, das 2. Mal, nachdem das Kind bereits abgestorben war. Beide Versuche sind mißglückt. Ebenso erfolglos blieben der Versuch der Dekapitation wegen Überdehnung des Durchtrittsschlauches,

der Versuch das Kind an den Armen zu extrahieren und die Exenteration. Darauf erfolgte der Transport in die Klinik, auf dem die Kreißende starb.

Im Schluß der Arbeit wird ein Rückblick auf die Folgen sämtlicher angeführten unzweckmäßigen resp. verunglückten Operationen geworfen und dabei die große Zahl der puerperalen Infektionen und die erstaunlich hohe Mortalität der Kinder festgestellt. Es ergibt sich hierbei für die Wöchnerinnen:

eine Mortalität von 16,1%
eine Erkrankung an Parametritis exsudativa von 19,3%
eine Erkrankung an Endometritis puerperalis von 12,9%
eine Erkrankung an Peritonitis von 3,2%.

Es wird ferner vor vorzeitigen Operationsversuchen und unzweckmäßigen Operationen dringend gewarnt und nur dann ein operativer Eingriff befürwortet, wenn eine dringende Indikation ihn nötig macht und außerdem sämtliche Vorbedingungen zu der ins Auge gefaßten Operation erfüllt sind.

Endlich wird die Frage aufgeworfen: Wie können die in der Praxis gemachten Fehler vemieden werden? Der Versuch diese Frage zu beantworten führt zu der bereits in der Einleitung gemachten Feststellung, daß sich der Studierende praktisch mehr mit Geburtshilfe beschäftigen muß als bisher. Diese Forderung ist aber nur dann zu erfüllen, wenn die Frage der Materialbeschaffung gelöst ist. Die Zahl der Schwangeren und Gebärenden ist an vielen Universitäten infolge der Materialzersplitterung im Verhältnis zur Zahl der Studierenden zu klein. Statt daß der Staat nun dafür sorgt, daß die dem Unterricht dienenden Anstalten ein Vorrecht für die Aufnahme der Schwangeren und Kreißenden haben, läßt er es zu, daß an vielen Orten neue Entbildungsanstalten, Schwangernheime, Wöchnerinnenheime errichtet werden, deren Material dem Unterricht verloren geht. Die hierdurch bedingte Beschränkung in der Ausbildung der Ärzte rächt sich nachträglich an den kreißenden Frauen, die auf deren Hilfe angewiesen sind. Es sollte daher keine Anstaltsentbindung möglich sein, ohne daß sie gleichzeitig der Ausbildung angehender Geburtshelfer nutzbar gemacht würde.

Buchdruckerei
Ernst Otto, Cöthen
in Anhalt